FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE

N° 674

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacques CHAUSSON

Né le 8 Avril 1922, à Egletons (Corrèze).

Présentée et soutenue publiquement le ..... 3 JUIL 1948 19..

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU PRURIT ANAL

EN PARTICULIER DE SON

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Président : M. MOULONGUET, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

- 3 JUIL 1968

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du candidat : **CHAUSSON.**

Prénom : **Jacques.**

Date de soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

CHAUSSON (Jacques). — Contribution à l'étude du prurit anal en particulier de son traitement chirurgical. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 63 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

CHAUSSON (Jacques). — Contribution à l'étude du prurit anal en particulier de son traitement chirurgical. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 63 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

CHAUSSON (Jacques). — Contribution à l'étude du prurit anal en particulier de son traitement chirurgical. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 63 *p.*

(*Thèse Medec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

CHAUSSON (Jacques). — Contribution à l'étude du prurit anal en particulier de son traitement chirurgical. — Paris, Imp. R. Foulon, 1948, *in*-8°, 63 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Etat*), *Paris* 1948, *N°* .....).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Jacques CHAUSSON

Né le 8 Avril 1922, à Egletons (Corrèze).

Présentée et soutenue publiquement le ..... 19..

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU PRURIT ANAL

EN PARTICULIER DE SON

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Président : M. MOULONGUET, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN ..... LÉON BINET.
Membre de l'Institut

ASSESSEUR. ..... JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCQ. CADENAT. MONDOR. QUENU.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	LEVEUF.
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.).
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Cliniques médicales	BENARD (H.). CHABROL. HARVIER. LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL. LEVY-SOLAL. VELTER.
Clinique ophtalmologique	PORTES.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (Justin).
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

	MM.
Pathologie exotique	LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	ff DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (*chaire à titre personnel*)	RICHET (Charles).
Puériculture	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER. DELMAS. N.. ff DEBEYRE.
Anatomie pathologique	DELARUE. Mlle GAUTHIER-VILLARS.
Bactériologie	BONNET. FASQUELLE.
Biochimie médicale	ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato syphiligraphie	DEGOS.
Histologie	COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	DESOILLE.
Neurologie	DE SEZE.
Obstétrique	DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT
Ophtalmologie	OFFRET.
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN.
Parasitologie	BRUMPT, L. C.
Pathologie chirurgicale	FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ

	MM.
Pathologie chirurgicale	PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Pathologie expérimentale	MERKLEN.
Pathologie médicale	BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Pédiatrie	LAPLANE. MARIE (J.).
Pharmacologie	CHEYMOL.
Physiologie	BARGETON. PARROT.
Physique médicale	DJOURNO.
Psychiâtrie	BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET.
Urologie	COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE. BASSET. DE GAUDART D'ALLAINES. FUNCK-BRENTANO. GATELLIER. MENEGAUX.
Clinique médicale	BARIETY. BOULIN. CHEVALLIER. COSTE.

	M.
Clinique médicale	DE GENNES. HAGUENAU. MOLLARET. MOUQUIN. TURPIN.
Clinique obstétricale	ECALLE. LACOMME.
Clinique ophtalmologique	RENARD.
Clin. otho-rhino-laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

	M.
Radiologie	LEDOUX-LEBARD.

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL.
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef	Dr A. HAHN.
Bibliothécaires	Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinons émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PÈRE

En témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance.

A MES FRERES ET SŒUR

A MA FEMME

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOULONGUET

Professeur de Technique Chirurgicale

Chirurgien de l'Hôpital Tenon

Chevalier de la Légion d'Honneur

Que je remercie du grand honneur qu'il m'a fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

LE DOCTEUR R. LEIBOVICI

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

Qui m'a inspiré ce travail et guidé dans son accomplissement, et que je remercie des bons conseils et des sentiments affectueux qu'il m'a toujours prodigués.

Qu'il trouve ici l'expression de mon attachement et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur CALVET

Chirurgien des Hôpitaux

En remerciement de ses enseignements et en témoignage de mes sentiments respectueusement dévoués.

A MESSIEURS LES MEMBRES DU JURY

INTRODUCTION

L'étude du prurit anal a déjà suscité d'innombrables travaux dans tous les pays. L'étiologie, la pathogénie, l'histologie et, surtout la thérapeutique correspondantes, ont préoccupé de très nombreux chercheurs. Et, lorsque l'on vient de parcourir la littérature, en présence de tant d'opinions, souvent très divergentes, de tant de traitements proposés, on est vite convaincu que le prurit anal est un mal complexe, symptôme commun à un grand nombre d'affections diverses, des plus variables dans ses manifestations cliniques, d'étiologie souvent imprécise sinon complètement inconnue, de thérapeutique difficile, très différente suivant les cas et les individus et souvent longue et décevante.

Notre intention n'est pas de reprendre ici l'ensemble du problème, dont la mise au point a d'ailleurs été déjà faite dans plusieurs travaux excellents, ni d'apporter en vérité des éléments très nouveaux à la question. Simplement, l'occasion nous a été donnée de pouvoir assister à de très beaux succès dans la cure de certaines formes de prurit anal sévère, et nous voudrions insister dans ce travail sur cet aspect du traitement, dont les résultats nous semblent particulièrement encourageants, susceptible de guérir définitivement bon nombre de cas, rebelles à toute autre thérapeutique, et cependant assez peu pratiqué semble-t-il.

Il s'agit du traitement chirurgical, plus particulièrement de l'opération décrite par BALL, de Dublin, en

1905. Au prix d'une intervention bénigne, il est possible de mettre fin à des souffrances souvent anciennes, retentissant fâcheusement, et sur l'état général, et sur le psychisme de leurs victimes. Il est possible de rendre à une vie normale des malades qui traînent depuis des années un mal sans gravité, certes, mais fâcheusement pénible et, qui en a fait à la longue, des individus plus ou moins découragés, plus ou moins aigris, plus ou moins désespérés.

Nous aurons donc pour but principal, dans cette étude, de mettre en relief les bons résultats que nous paraît pouvoir faire espérer la cure chirurgicale du prurit anal et la discussion de son opportunité suivant les cas. Pour le reste, nous nous contenterons de faire rapidement le point de la question suivant les données les plus récentes.

FREQUENCE

Il est difficile de se faire une idée précise de la fréquence du prurit anal. Les dermatologistes en soignent relativement beaucoup, les radiologues quelques-uns, les chirurgiens très peu, — ces derniers ayant à traiter, évidemment, les formes les plus rebelles —. Quoi qu'il en soit, il semble que le prurit anal sévère, invétéré, torturant, soit assez rare.

Le volume des travaux et les statistiques publiées par les auteurs anglo-saxons, paraîtraient montrer une fréquence plus importante dans leurs pays. Sans doute est-ce réel, mais encore faut-il tenir compte de leur système de spécialisation, qui fait que les malades sont adressés d'emblée au proctologiste; la plupart des cas sont ainsi groupés, alors que chez nous la dissémination reste grande.

Comment se partagent ces cas ? C'est l'homme adulte, entre trente et cinquante ans, qui semble le plus sujet à la maladie. Les blonds, à peau plus délicate, ainsi que les obèses, les sédentaires, fourniraient le plus lourd contingent. La femme est un peu moins atteinte, l'enfant, l'adolescent — exception faite pour certains prurits d'origine parasitaire, ainsi que le vieillard, en sont des victimes peu fréquentes. Il faut noter, chez la femme, l'association fréquente avec un prurit vulvaire, beaucoup plus couramment que la coexistence d'un prurit scrotal chez l'homme.

ASPECT CLINIQUE

Rien n'est plus étendu que la gamme des diverses manifestations cliniques du prurit anal. Au minimum, et ce sont les cas les plus nombreux, il ne s'agit que d'une démangeaison discrète, passagère, qui constitue pour le malade, tout au plus, un petit désagrément, — et qui cède, en général, à un traitement des plus simples.

Mais il peut réaliser, au contraire, un aspect des plus sévères, où le prurit est féroce, torturant, survenant par paroxysmes redoutés. Dans ce cas, il survient par crises, plus ou moins longues, plus ou moins espacées, commençant le plus souvent au cours de la nuit, à la chaleur du lit. Débutant en général d'un point très précis de la zone péri-anale, il diffuse rapidement, soit tout autour de l'anus, soit en une partie seulement, le plus souvent vers le coccyx ou le périnée antérieur. Il faut noter que le canal anal n'est pratiquement jamais atteint. En même temps, son intensité s'accroît jusqu'à devenir insupportable, cependant que le malade se gratte furieusement, arrachant des lambeaux de peau, se faisant saigner, dans une véritable frénésie dont il attend l'apaisement, jusqu'au moment où, après une dernière exacerbation, le paroxysme s'achève et le malheureux peut enfin s'endormir épuisé. C'est la forme que les auteurs appellent indifféremment prurit sévère, invétéré, pernicieux, paroxystique. Malgré des répits plus ou mins importants, le malade n'en conserve pas

moins la hantise du retour des crises, son sommeil, son appétit, sont perturbés, l'inquiétude, l'angoisse s'emparent de lui. Son psychisme se fixe sur son mal et s'en imprègne entièrement, la neurasthénie ou la morphinomanie le guettent, quelquefois même le suicide met fin à des souffrances que de multiples traitements, tentés pendant des mois et des années, n'ont pu vaincre.

Les caractéristiques essentielles de cette forme sont donc sa très longue durée, son évolution par crises, l'intensité de celles-ci, son retentissement très marqué à la longue sur l'état général et l'équilibre psychique des malades.

Comment se présente, à l'examen, la région anale et péri-anale chez les pruritiques ? Il peut y avoir d'assez notables différences, suivant le degré du prurit et suivant son ancienneté. Ce sont, en effet, les lésions de grattage et leurs conséquences, qui apportent les modifications les plus perceptibles. Aussi bien, pourra-t-on noter, soit très peu de changements locaux de la peau, encore qu'il y ait habituellement quelque peu de congestion et d'œdème, soit des signes d'irritation plus importants, du suintement, des vésicules, des érosions, des fissures. Le grattage amenant presque toujours une infection secondaire, il finit par se constituer une véritable dermatose chronique. La peau est épaissie, indurée, lichénifiée, pigmentée, les plis radiés vers l'anus sont accentués, on note souvent des crevasses, des fissures, des cryptes profondes, les ganglions inguinaux sont engorgés. Enfin, dans les cas très anciens, la peau très infiltrée, blanchâtre, dure, revêt l'apparence du cuir.

Quel est le substratum histologique de ces lésions ? De nombreux auteurs, s'ils insistent sur des caractères particuliers parfois, s'accordent tous pour reconnaître l'absence de modifications spécifiques dans le prurit anal. On y trouve simplement les caractères habituels d'une dermatose, aiguë ou chronique suivant les cas.

MONTGOMERY a noté de la vaso-dilatation, de la prolifération cellulaire, une infiltration lymphocytaire du chorion. Il pense d'ailleurs que ces caractères rappelleraient davantage ceux d'une neuro-dermatose, ou de l'urticaire, que d'une inflammation banale. CRAWFORD décrit l'épaississement de l'épiderme, la dilatation des vaisseaux et des lymphatiques superficiels, l'infiltration leucocytaire, quelques petits lymphocytes, de l'œdème en surface, de la fibrose des couches profondes du derme. RIDDOCH, sur six cas, trouve des aspects analogues : épaississement de l'épiderme, quelquefois du double, œdème très apparent, dilatation des vaisseaux et surtout des veines. D'autres auteurs, enfin, ont décrit de la sclérose des terminaisons nerveuses.

ETIOLOGIE

S'il est un grand nombre de cas où l'examen d'un malade atteint de prurit anal permet de déceler, soit des lésions organiques plus ou moins lointaines, soit des troubles fonctionnels de différents appareils, dont le prurit est la conséquence, ou directe, ou réflexe, encore que le mécanisme de sa pathogénie demeure des plus mystérieux, il reste une catégorie de cas où l'examen le plus complet et le plus minutieux, ne révèle aucune étiologie vraisemblable. Autrement dit, il est possible de distinguer, d'une part un prurit en quelque sorte symptomatique, d'autre part un prurit idiopathique ou essentiel. Cette distinction est forcément un peu artificielle, puisqu'il est permis de penser que la forme essentielle répond sans doute à certaines causes, mais que nous sommes, en l'état actuel des choses, incapables de déceler. Elle semblerait cependant, confirmée, et cliniquement, et sur le plan thérapeutique, puisque le prurit idiopathique est, d'une façon générale, plus intense et plus rebelle au traitement, que la première forme. Nous allons les envisager tour à tour.

I. — PRURIT SYMPTOMATIQUE

On distingue :

des causes locales
des causes de voisinage
des causes générales.

Il faut signaler tout de suite des divergences assez marquées au sujet de l'interprétation étiologique. En particulier, la majorité des auteurs anglo-saxons insistent beaucoup sur les causes locales, n'ajoutant qu'assez peu de foi à d'éventuels désordres généraux dans la genèse du prurit. Chez nous, au contraire, ces derniers sont assez volontiers incriminés.

A. — Causes locales.

Ce sont les plus fréquentes et il n'est pas d'anomalie de la sphère ano-rectale qui ne puisse s'accompagner de prurit — avec une fréquence bien minime d'ailleurs, les lésions, la malpropreté ou l'irritation locales sont courantes, pour un très petit nombre de cas de prurit anal —. Citons :

1°) D'abord, les lésions organiques de la portion terminale de l'intestin :

— les hémorroïdes internes et externes;
— les fissures;
— les fistules;
— les cryptes de Morgagni infectées;
— l'hypertrophie des papilles anales;
— un prolapsus muqueux;
— un spasme du sphincter;
— les tumeurs bénignes et malignes du rectum et du canal anal.

2°) D'autre part, les maladies de la peau de la zone péri-anale :

— dermatoses circonscrites, comme le lichen-plan, l'herpès, une plaque de psoriasis;
— une infestation parasitaire; c'est le cas réalisé, surtout chez l'enfant, par l'oxyurase;
— une infection bactérienne;
— les champignons.

Nous dirons plus loin quelques mots de l'importance relative de ces deux derniers facteurs.

3°) Une irritation mécanique engendre souvent le prurit, au niveau d'une région que ses dispositions anatomiques et son rôle physiologique prédisposent déjà : l'issue du rectum de produits toxiques comme l'indol, le scatol, la persistance après les selles d'une mince pellicule de matières, sont des facteurs d'irritation, qui ne manqueront pas d'être exagérés par la moindre cause supplémentaire :

— la simple malpropreté;
— ou au contraire, l'abus de toilettes au savon détruisant la mince couche protectrice réalisée par la sécrétion sébacée;
— l'excès de sudation;
— le port de lainages épais, de linge dur, ou teint avec des produits nocifs, de vêtements trop serrés;
— l'usage de certains papiers hygiéniques irritants.

4°) Enfin. un désordre fonctionnel très important, la constipation.

Dans la plupart de ces cas, le point de départ du prurit semble être dû à un phénomène sur lequel insistent tous les auteurs : c'est, ou bien l'apparition d'un suintement inhabituel — pus, sang, venant de l'intestin et franchissant le sphincter, ou l'exagération des sécrétions locales, cutanéo-muqueuses, normales : augmentation de la sudation au niveau des glandes propres de l'anus et, surtout, hypersécrétion de mucus, ce dernier produit étant particulièrement irritant.

La région péri-anale devient alors le siège d'une macération quasi-permanente, entretenant le prurit et réalisant d'autre part un véritable milieu de culture propice à l'infection secondaire. Un cercle vicieux est

constitué, le grattage exagérant les lésions locales, appelant l'infection et celle-ci exacerbant le prurit.

Il convient d'insister au passage sur un point des plus discutés. Les différents germes, ou les champignons et levures, que l'on rencontre très souvent, pour ne pas dire toujours, au niveau des lésions cutanées, sont-ils simplement d'apparition secondaire, déterminés par les conditions locales, ou bien ne sont-ils pas à l'origine de ces lésions ? Un certain nombre d'auteurs anglo-saxons, à la suite d'importants travaux, penchent pour cette dernière hypothèse. A la suite des premières recherches de CASTELLANI, l'origine mycotique du prurit est défendue par CUTCHAN, NETHERTON, CASKEY et surtout par E. et R. TERRELL; pour ces derniers, près de 90 % des cas relèveraient de cette étiologie. Ils s'appuient sur le résultat des examens directs et des cultures, sur la coexistence fréquente de lésions de même origine en d'autres points électifs du corps (pieds, aînes), sur le fait que ces lésions démangent, que les agents fongicides donnent de bons résultats dans le traitement.

D'autres, comme MURRAY, BASSLER et CONNORS, ont retrouvé avec une grande fréquence des bactéries, dont l'une, le *streptococcus faecalis,* qu'ils ont isolée en culture pure dans de nombreux cas, leur paraissait quasiment spécifique. Venaient ensuite, moins fréquemment, le staphylocoque blanc, le streptocoque, le colibacille.

MONTAGUE, par contre, s'est attaché à démontrer que l'infection est, la plupart du temps, secondaire et réalisée par des germes banaux.

Le problème est loin d'être résolu, mais l'apparition secondaire d'une infection, sur un terrain extrêmement favorable, nous semble plus plausible, le mécanisme étant dans l'ordre : anomalie ou irritation locales, exagération des sécrétions; macération, prurit, grattage, excoriations et infection.

B. — Causes de voisinage.

Un certain nombre d'anomalies des organes voisins, principalement les affections de l'arbre génito-urinaire ayant pour siège la cavité pelvienne, peuvent s'accompagner de prurit :

— urétrites;
— prostatites et hypertrophie de la prostate;
— cystites;

et, chez la femme, la plupart des affections gynécologiques :

— vaginites;
— cervicites;
— métrites;
— annexites;
— fibromes utérins;
— rétroversion.

S'il est vrai que le prurit vulvaire en est la conséquence la plus fréquente, il n'en reste pas moins que le prurit anal l'accompagne assez souvent. Il est alors causé, soit par mécanisme direct, les sécrétions vaginales anormales venant irriter la zone péri-anale, soit par mécanisme réflexe. De nombreux auteurs, Cotte surtout, insistent beaucoup sur le rôle de la cellulite pelvienne, que ces lésions déterminent assez souvent, entraînant par contre-coup soit une plexalgie hypogastrique réflexe, soit une véritable plexite, dont dépend le prurit.

C. — Causes générales.

Le prurit semble lié, dans un certain nombre de cas, à une véritable intoxication de l'organisme, d'étiologie variable, souvent très discrète et difficile à déceler. Cette intoxication peut être apportée de l'extérieur, par des aliments ou des médicaments, ou bien être de

source endogène, résultant d'un vice de fonctionnement de tel ou tel appareil. Il est clair que, cette intoxication étant générale, le prurit anal ne représente qu'un cas particulier de localisation, parmi beaucoup d'autres possibilités.

I. — Intoxications exogènes.

a) *Médicamenteuses.*

Un certain nombre de corps médicamenteux peuvent déterminer du prurit; citons les principaux : antipyrine, morphine, cocaïne, belladone, bromures, iodures, quinine, mercure.

b) *Alimentaires.*

Il faut faire une place importante à l'intoxication alimentaire. Il est certain que les gros mangeurs, les obèses, les sédentaires, sont très souvent sujets au prurit anal, en dehors de l'hypersudation locale dont ils sont fréquemment victimes. Les mets supposés nocifs le plus couramment invoqués sont :

Le café, le thé, la charcuterie, les conserves, les crustacés, les mollusques, les poissons, les œufs, les fromages, les fraises, l'alcool et les vins, particulièrement le Bourgogne rouge et le Champagne.

Il peut donc y avoir du prurit à la suite de l'abus de l'un ou l'autre de ces mets. Mais il faut faire une place importante à un phénomène plus spécial, où la crise peut être déclenchée par l'absorption, même minime, d'un aliment déterminé. Ce n'est plus une véritable intoxication, c'est un phénomène d'anaphylaxie; le malade est sensibilisé et cette sensibilisation se traduit chez lui par du prurit, comme chez d'autres, elle pourrait donner lieu à une crise d'asthme, ou à une poussée d'urticaire.

II. — AUTO-INTOXICATIONS.

Ce que peut réaliser un produit nocif apporté de l'extérieur, un trouble fonctionnel, des perturbations endocriniennes, des modifications humorales pourront le réaliser aussi. Les auto-intoxications seraient fréquentes dans la genèse du prurit anal, mais souvent obscures, discrètes, plus ou moins intriquées et difficiles, par conséquent, à mettre en évidence. Citons les plus courantes :

— la dyspepsie intestinale : au cours d'une gastrite, de dilatation ou de ptose gastriques, d'entérite, etc... et surtout de la constipation. Le rôle toxique de cette dernière s'ajoute ainsi aux conditions locales d'hypersécrétion et d'hyperhémie qu'elle détermine au niveau de la terminaison du rectum.

— les affections hépatiques s'accompagnent volontiers de prurit, surtout s'il existe un degré même léger de rétention biliaire.

— Le rôle du diabète est des plus discutés. Pour beaucoup, c'est une cause certaine et fréquente du prurit anal. CUTCHAN, par exemple, a guéri de nombreux cas par le simple traitement antidiabétique et il tient l'hyperglycémie pour directement responsable. Pour d'autres, comme STOKES, le diabète interviendrait seulement indirectement, en favorisant les conditions locales d'infestation par les champignons.

— La syphilis est incriminée par quelques auteurs.

— Les néphrites chroniques plus ou moins latentes, parfois même sans albuminurie, seraient un facteur important. C'est ainsi que de nombreux prurits séniles relèveraient d'un certain degré d'insuffisance rénale, venant s'ajouter à la moins bonne défense d'une peau vétuste.

Citons encore :

— les troubles de la nutrition, l'arthritisme, la goutte, le rhumatisme chronique;

— peut-être certaines avitaminoses : avitaminose A (SWIFT), donnant lieu à une nutrition déficiente des épithéliums; avitaminose B, avec altération des terminaisons nerveuses;

— enfin, les auto-intoxications glandulaires, les troubles utéro-annexiels, thyroïdiens, l'influence de la ménopause et l'auto-intoxication gravidique.

Peut-on serrer le problème de plus près et élucider, là encore, le mécanisme de la pathogénie du prurit anal déterminé par de telles causes ?

SULZBERGER et WOLFE pensent que l'irritation cutanée est liée à la présence dans le sang d'une véritable toxine, qui serait peut-être analogue, ou en tout cas très voisine, de l'histamine. Le grattage, en accentuant la circulation locale, ne ferait qu'augmenter l'apport de cette toxine au niveau de l'ère malade et exagérer les démangeaisons.

Pour STOKES, le régime trop riche en féculents, en glucides et en alcool, donnerait lieu à un excès d'hydrates de carbone dans les produits de sécrétion de la zone ano-génitale. Ce type de sécrétion fournirait ainsi un milieu de culture idéal pour champignons, levures et germes pyogènes.

III. — TROUBLES NERVEUX.

De nombreux auteurs pensent que le prurit anal survient chez beaucoup de gens, parce qu'ils présentent un « terrain nerveux » particulier, favorable à l'apparition du prurit. Il s'agit la plupart du temps d'un simple nervosisme, sans lésions organiques correspondantes, exagéré par le surmenage physique ou intellectuel, les émotions, les chocs, les troubles génitaux, les troubles menstruels chez la femme. DAVID, de Lille, a très nettement remarqué une importante recrudescence des prurits au cours de la dernière guerre, favorisée sans aucun doute par la surexcitation nerveuse.

Toutefois, dans quelques cas, on pourrait trouver certains troubles nerveux objectifs : perte du réflexe cornéen, anesthésie du palais, plages d'anesthésie de la face et des jambes, troubles des réflexes tendineux. On cite quelques cas chez des tabétiques.

Le fait est que beaucoup de malades atteints de prurit anal, surtout de formes, ou sévères, ou anciennes, présentent un psychisme relativement dérangé. Mais il nous paraît plus vraisemblable de considérer que, si l'existence de ce terrain nerveux peut dans une certaine mesure préexister au prurit et favoriser son apparition, les troubles psychiques plus importants lui sont certainement secondaires. Voici un inquiet, un soucieux. Qu'il soit atteint de prurit anal, il ne manque pas de s'établir aussitôt un cercle vicieux entre ses anxiétés naturelles et l'état de son périnée et les deux se projettent l'un sur l'autre en s'exagérant réciproquement. Aussi trouvons-nous fort légitime l'opinion de COTTE quand il écrit : « Je suis persuadé que l'état psychopathique que l'on incrimine si volontiers à l'origine du prurit en est bien souvent la conséquence et si l'on avait réussi à guérir les malades plus tôt, ils ne seraient pas devenus, malgré la prédisposition qu'ils pouvaient avoir à le devenir, des psychopathes. Il n'y a qu'à voir les changements qui s'observent dans la sphère mentale lorsqu'on a réellement fait disparaître les démangeaisons, pour affirmer qu'il en est bien ainsi et pas autrement ».

II. — PRURIT ESSENTIEL

Toutes les causes que nous venons de passer en revue nécessitent évidemment un examen des plus complets pour les mettre en lumière. En présence d'un malade se plaignant de prurit anal, il faudra, après un interrogatoire soigneux, pratiquer un examen local

minutieux. On notera l'aspect de la peau, on recherchera la coexistence éventuelle de fissure, de fistule, d'hémorroïdes ou de toute autre lésion. L'exploration digitale, complétée au besoin par l'examen endoscopique, renseignera sur l'état du canal anal et du rectum. Chez la femme, le toucher vaginal permettra d'apprécier la valeur des organes pelviens.

Un examen général non moins important devra être pratiqué également : fonctionnement de l'intestin, valeur des émonctoires, bilan hépatique et endocrinien. On demandera enfin au laboratoire des renseignements de premier ordre : analyses complètes des urines et du sang (en particulier dosage de la glycémie), métabolisme basal.

Or dans un certain nombre de cas, les examens les plus poussés ne permettent pas de déceler la moindre anomalie. C'est la forme du prurit dite essentielle, ou idiopathique. Elle se caractérise par l'intensité des crises douloureuses, par sa longue durée, par son retentissement marqué sur l'état général et le psychisme des malades, par la difficulté de son traitement.

Il ne manque pas d'hypothèses pour expliquer la pathogénie du prurit invétéré. Le plus souvent, on invoque un trouble du système nerveux. Certains, comme ABEL, incriminent à l'origine une disposition mentale anormale. Pour d'autres, il s'agit d'une rupture de l'équilibre vago-sympathique, généralement en faveur du sympathique. Enfin, DANIS, BALL, LOCKART-MUMMERY, estiment qu'il s'agit d'une véritable maladie des terminaisons nerveuses, d'où le principe de la destruction de celles-ci.

Est-ce à dire que l'on doive considérer la forme dite essentielle du prurit anal comme une maladie spéciale, comme une entité morbide ? Nous ne le pensons pas. Il est vraisemblable que des recherches ultérieures permettront de lui trouver des causes précises et, d'ailleurs,

il n'est pas exclu de penser qu'un certain nombre de ces cas ont commencé par avoir une étiologie déterminée et qu'on aurait pu déceler au début de leur évolution. Mais cette cause première aurait disparu, tout en permettant au prurit, entretenu par les lésions secondaires, de persister avec toutes les apparences d'une affection autonome.

TRAITEMENT

Il est évident que le traitement d'un mal aussi polymorphe dans ses manifestations, pouvant revêtir toutes les formes de passage entre un petit désagrément passager et une maladie longue et intolérable, et relevant d'aussi nombreuses causes, est essentiellement variable. Il n'y a pas un prurit anal, aussi bien n'y a-t-il pas un traitement du prurit anal, mais de multiples procédés thérapeutiques, valables chacun pour des cas particuliers et dont la prescription sera bien plus souvent empirique que rationnelle. La multiplicité même des moyens préconisés montre clairement la complexité du problème et, le fait qu'ils soient si nombreux, indique bien que pas un seul n'est héroïque. Bien que guidé *à priori* par quelques principes généraux le thérapeute devra bien souvent procéder par tâtonnement et ce n'est que par des essais successifs qu'il en viendra à la bonne formule.

Nous allons envisager successivement les procédés d'ordre médical, puis la physiothérapie, enfin le traitement chirurgical.

I. — TRAITEMENT MEDICAL

Un traitement local bien conduit peut, la plupart du temps, donner lieu à une amélioration notable du prurit. Mais, assez souvent, il sera nécessaire de lui

adjoindre une thérapeutique d'ordre général, destinée à diminuer les causes possibles d'intoxication, à corriger les troubles des différents appareils, à adoucir l'irritation du système nerveux.

A. — Traitement local.

1°) En premier lieu, il importe de supprimer toutes les causes d'irritation cutanée : lainages, vêtements serrés. On conseillera des vêtements en toile fine usagée. D'autre part, il faudra convaincre le malade que le grattage lui-même, est une cause essentielle de la persistance de son prurit et lui faire comprendre la nécessité de faire un effort pour qu'il évite de se gratter. Certains recommandent le port de gants hermétiques pendant la nuit, d'autres conseillent l'occlusion de la zone malade, au moyen, par exemple, d'une colle de gélatine :

Oxyde de zinc ..... 10 gr.
Gélatine
Glycérine ..... aa 30 gr.
Eau

qu'on fond au bain-marie et applique au pinceau.

2°) Réaliser des soins minutieux de propreté. « L'habitude relativement sale de l'usage du papier, qui est commune surtout aux races « civilisées », au lieu de toilette après la défécation, est responsable d'un grand nombre de cas de prurit anal » (Abel). Aussi l'usage du papier hygiénique est-il proscrit par tous les auteurs, qui recommandent, après chaque selle, une toilette à l'eau et au savon. Mais il faut bien se souvenir que le savon employé en excès peut au contraire augmenter l'irritation et, il importe donc de déconseiller les savonnages trop fréquents et de les faire suivre d'un rinçage et d'un séchage soigneux, non par frottement, mais par tamponnement. Certaines peaux très sensibles ne supportent même aucun savon.

On fera alors des onctions à l'huile d'olive, l'huile d'amandes douces, même l'huile de foie de morue qui peut favoriser la régénération cellulaire. La toilette sera suivie d'un talcage soigneux pour lutter contre l'humidité et la macération si fréquemment responsables, nous l'avons vu, du prurit.

3°) Médications adoucissantes, antiprurigineuses et anesthésiques. Il est classique de préconiser l'hydrothérapie locale : on recommandera des bains de siège, en sachant que dans certaines conditions, ils peuvent être plus nuisibles qu'utiles; s'ils sont trop prolongés ou trop fréquents, ils font macérer l'épiderme; s'ils sont trop chauds, ils déterminent une vaso-dilatation néfaste. On leur ajoute, en général, certains produits, vinaigre, amidon, têtes de pavots, feuilles de belladone, feuilles de coca, camomille, guimauve, etc... On peut encore utiliser les onctions avec de l'axonge fraîche ou bismuthée, du glycérolé d'amidon; les lotions à l'eau vinaigrée; les réducteurs, tels que le baume Baissade suivant le procédé des deux pots, « très recommandable pour le prurit anal » dit LORTAT-JACOB, l'acide phénique, l'acide salicylique, l'acide tartrique, le menthol, le camphre, le gaïacol, le collosol au coaltar, le coaltar saponiné, l'ichtyol, la résorcine, l'alcool camphré; le chloral, le chloroforme, l'éther, l'opium, la cocaïne. Ces différents produits plus ou moins combinés permettant de réaliser des poudres, des solutions, ou des pommades, pour application locale.

4°) En outre, on pourra tenter un traitement plus spécifique :

a) Contre les épidermo-mycoses : alcool iodée à 1 p. 100, solution iodo-iodurée aqueuse à 1 p. 1.000, solutions aqueuse de mercurochrome, différents sels de mercure combiné à l'iode;

b) Contre les infections bactériennes, bains de permanganate de potasse à faible concentration, badigeon-

nages avec la solution alcoolique violet de gentiane-vert de méthyle;

c) Enfin, surtout chez l'enfant, on sera autorisé, même lorsqu'on ne peut mettre en évidence des oxyures, à tenter un traitement anthelminthique d'épreuve.

Il faudra se souvenir, dans tous les cas, que l'on agit sur une peau malade, irritée, donc très susceptible et que le traitement local que l'on choisira devra être extrêmement doux, prudent et progressif. Sinon, on courrait le risque de voir s'exacerber le prurit, sous l'effet d'une dermatose chimique surajoutée.

B. — Tràitement général.

1°) On s'efforcera, d'abord, dans les cas où la clinique apporte quelque indication, de réaliser un traitement étiologique et pathogénique.

a) Conseiller un régime, d'une façon générale, où sera réduite la ration carnée et d'où seront exclus un certain nombre de substances toxiques : thé, café, liqueurs, vin pur (surtout vin rouge et Bourgogne), chocolat, bière alcoolisée, charcuterie, gibier, mollusques, crustacés, conserves, champignons, fromages fermentés, choux et choux-fleurs, oseille, fraises; on déconseillera également le tabac. Dans les cas rebelles, il faudra même s'en tenir, le temps nécessaire, au régime lacto-végétarien, ou même lacté pur, ajouté éventuellement d'eau de Vichy.

b) Combattre sévèrement les troubles digestifs :

— en premier lieu, la constipation, par des laxatifs, des lavements;

— les troubles hépatiques ou vésiculaires;

— les diverses dyspepsies : vérifier la dentition, recommander de mastiquer lentement, donner quelques eupeptiques.

Plusieurs auteurs, à la suite de P. CHEVALLIER, ont insisté sur l'importance du traitement ferrugineux dans un type de prurit, le prurigo leucodermique, qui correspond presque toujours à des lésions de gastrite, avec parfois une légère anémie. Ils ont pu guérir définitivement, par de fortes doses de fer (protoxalate ou carbonate, 3 à 8 gr. par jour, per os), des prurits résistant à toute autre thérapeutique.

c) Favoriser l'élimination rénale, par les eaux minérales, des tisanes, des diurétiques légers.

d) Combattre les troubles glandulaires, en faisant suivant les cas de l'opothérapie thyroïdienne, ovarienne (prurit ano-vulvaire de la ménopause), ou orchitique (prurit sénile).

e) En cas de diabète, réduire la ration hydrocarbonée, donner éventuellement de l'insuline.

f) Essayer une médication désensibilisante et anti-anaphylactique, étant entendu évidemment que l'on supprimera les aliments ou médicaments supposés nocifs quand on peut les reconnaître :

— soit désensibilisation spécifique,

— soit banale, par l'auto-hémo ou l'auto-sérothérapie, les peptones, l'adrénaline, le chlorure de calcium, l'hyposulfite de soude ou de magnésie.

2°) Il faudra, d'autre part, mettre en œuvre une thérapeutique sédative et antiprurigineuse. Il est indispensable de calmer l'irritabilité nerveuse, on conseillera le repos physique et moral, le malade se trouvera bien de faire un séjour à la campagne, ou en montagne, à moyenne altitude. L'hydrothérapie — douches ou bains chauds —, est souvent efficace, de même les cures hydro-minérales à Néris, Luxueil, Bagnères-de-Bigorre, la Bourboule, Saint-Gervais et, surtout, la Roche-Posay, dont les eaux froides, bicarbonatées calciques et silicatées, sont très réputées pour la cure des prurits.

Comme médicaments, on aura le choix entre la valériane, le gardénal à petites doses réfractées, l'aspirine, le pyramidon, l'atropine et la belladone, les bromures, les injections intraveineuses de chloroforme ou de novocaïne, etc...

D'une façon générale, la conduite d'un bon traitement médical implique un certain nombre de conditions :

1°) Il faut une coopération intelligente entre le médecin et le malade. Ce dernier doit comprendre qu'il faut suivre le traitement prescrit et celui-là seulement. La maladie est longue, le malade impatient, il ne manquera pas de recevoir de multiples conseils, d'un autre médecin, d'un pharmacien, d'un ami. Il finit par disposer ainsi d'une véritable pharmacie, dans laquelle il puise au hasard à l'occasion de chaque crise, il en résulte assez souvent une dermatose médicamenteuse surajoutée.

2°) On doit pratiquer de fréquents examens en cours de traitement, pour suivre les progrès, dépister une irritation commençante, modifier les prescriptions.

3°) Enfin, il est recommandé de continuer la thérapeutique pendant plusieurs semaines après la disparition du prurit.

II. — PHYSIOTHERAPIE

Citons pour mémoire :

— les courants de haute fréquence,

— l'ionisation (au Lugol, au nitrate d'aconitine),

— l'actinothérapie,

peu employés actuellement et de résultats variables, pour insister davantage sur la radiothérapie, d'utilisation beaucoup plus courante.

Le traitement par les rayons X trouve auprès de la majorité des auteurs un crédit des plus favorables. Pour quelques-uns cependant, il semble peu recommandable.

Tout d'abord, présente-t-il des dangers ? La peau du périnée, déjà sensible quand elle n'est pas malade, ne va-t-elle pas devenir le siège d'une radiodermite supplémentaire ? Il ne semble pas. Les radiothérapeutes qui ont ainsi traité un grand nombre de cas, affirment n'avoir jamais vu une seule radiodermite. Les rayons X peuvent déterminer, au maximum, une simple pigmentation des téguments, d'ailleurs passagère. Il suffit, pour prévenir d'éventuels ennuis, de surveiller les petits signes d'alarme : sécheresse accentuée de la peau, plissement léger indiquant un début d'atrophie, rougeur facilement provoquée par quelques petits tapotements, alopécie partielle, léger érythème.

La technique de la radiothérapie est variable suivant les auteurs. Certains font deux ou trois séances, à une semaine d'intervalle, avec trois à quatre h. légèrement filtrés. D'autres, deux à cinq h., à feu nu, deux ou trois fois, avec trois semaines d'intervalle; d'autres, cinq à six séances, de semaine en semaine, avec deux h. et demie, nus ou très légèrement filtrés. David, de Lille, applique deux h. et demie, à feu nu, en deux séances à quinze jours de distance, avec au besoin une troisième séance six semaines ou deux mois après si le prurit semble se réveiller. Il y associe quelquefois une séance de thérapie indirecte, de cinq h., à feu nu, sur la colonne vertébrale.

Envisageons maintenant les résultats de cette méthode. Tout d'abord, quelques appréciations qui montrent bien la diversité des points de vue :

David : « La radiothérapie est efficace et sans dangers ».

A. Martin (Montréal) : « Sans la radiothérapie,

nous serions vraiment désarmés pour traiter cette affection tenace. Elle donne des succès dans tous les cas, moyens ou intenses, récents ou anciens, avec ou sans complications cutanéo-muqueuses, quelle que soit l'étiologie du prurit. Elle apporte souvent une guérison définitive, toujours une rémission prolongée. Elle est indolore ».

Et plus loin : « Nous croyons même qu'il faut l'employer systématiquement d'emblée, considérant qu'il est inutile de s'égarer dans d'autres procédés à résultats aléatoires ».

Et d'autre part :

— Pour SCARBOUROUGH, elle présente peu d'amélioration et beaucoup de danger.

— d'après SWINTON, elle ne donne que des résultats très temporaires.

— CUTCHAN : « La radiothérapie jouit d'une réputation d'efficacité qui est difficile à justifier, donnant un soulagement passager, mais ne supprimant pas la maladie ».

— CANTOR : « Je ne recommande jamais la radiothérapie ».

— LOCKART-MUMMERY : « J'ai été très désappointé par les résultats de la radiothérapie dans le prurit anal, la plupart des cas où je l'ai vu essayer, ayant été des échecs complets ».

Le seul moyen de se faire une idée assez objective de la valeur de ce traitement est d'étudier les résultats qu'on en a publiés. Nous avons pu retrouver deux statistiques relativement importantes, celle de DAVID et celle de A. MARTIN.

DAVID a traité par les rayons X cent quatre-vingt cinq malades atteints de prurits ano-génitaux et son expérience s'étale sur treize ans, avec les résultats suivants :

1°) Vingt-huit malades ont reçu une seule séance : certains sont guéris, d'autres ne sont pas revenus.

2°) Dans quatre-vingt sept cas, deux séances ont été suffisantes.

3°) Dans trente-quatre cas, il a été nécessaire de faire une troisième application.

4°) Quinze ont dû recevoir quatre séances, treize cinq et cinq, six séances.

5°) Enfin, trois malades rebelles ont eu respectivement, sans succès, sept, huit et quatorze irradiations.

MARTIN, en neuf ans, a traité soixante-treize malades et il donne les résultats que voici :

— Guéris après un à deux mois de traitement : quarante-cinq, soit 61 %.

— Guéris après deux mois et demi à quatre mois : vingt-six, soit 35 %.

— Non guéris après cinq mois : deux, soit 3 %.

Mais l'auteur reconnaît aussitôt après que trente-cinq malades n'ont pas été revus après la première série d'irradiations et sa statistique les tient apparemment pour guéris. Or, il est très vraisemblable qu'un bon nombre ne l'étaient pas. La plupart des pruritiques, avant d'en venir à la radiothérapie, ont d'abord été soumis à une foule d'autres traitements variés. Leur désir de guérison est tel qu'ils ne demandent pas mieux que d'essayer une nouvelle méthode. Mais l'ancienneté de leur mal et sa résistance à tout ce qu'ils ont déjà tenté, font qu'ils sont très facilement déçus et découragés, si le nouveau traitement, dont on leur a souvent promis des merveilles, ne les soulage pas du premier coup. On peut légitimement penser que beaucoup d'entre eux, après une première séance de rayons inefficace, auront désespéré de ce moyen comme des précédents, ou auront mis en œuvre, sans attendre davantage,

tel nouveau procédé, conseillé par un autre médecin, ou une personne de l'entourage.

D'autre part, MARTIN accuse, sur ses soixante-treize malades, trente-deux récidives ainsi partagées :

— chez trois au bout de cinq mois;

— chez dix-neuf au bout d'un an;

— chez dix au bout de deux ans.

De tout ceci, il semble qu'on puisse retenir que la radiothérapie est une méthode de valeur moyenne, qui conserve sa place dans le traitement du prurit anal, mais sans justifier l'enthousiasme de certains de ses promoteurs. Elle est sans dangers et elle peut rendre des services indiscutables : elle guérit quelques cas, elle en améliore beaucoup. Mais les rémissions qu'elle apporte sont beaucoup plus fréquentes que les guérisons vraies et il est hors de doute que ses échecs ne sont pas rares et ses récidives très nombreuses.

III. — TRAITEMENT CHIRURGICAL

La chirurgie permet de satisfaire à deux sortes d'indications. D'abord, elle peut réaliser un traitement étiologique, par la cure de l'anomalie locale, ou de l'épine irritative, à distance, dont dépendent le prurit. En second lieu, en l'absence de toute lésion causale, elle permet de s'attaquer au prurit directement, soit par ablation des tissus de la zone malade, soit par destruction des nerfs sensitifs correspondants.

A. — TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE.

Nous n'insisterons pas sur le traitement étiologique, dont l'indication est évidente et que l'on devra pratiquer d'emblée le cas échéant. Il est certain que si un prurit coexiste avec des hémorroïdes, ou une fistule anale, on devra commencer par la cure radicale

de ces anomalies. On s'attaquera de même à l'appendicite chronique, aux lésions gynécologiques susceptibles d'être responsables du prurit.

Dans tous ces cas, l'intervention chirurgicale est logique, elle s'impose, mais il faut savoir que ses résultats ne sont pas toujours absolument efficaces; ceci est vrai surtout lorsque le prurit est ancien, compliqué et semble évoluer comme une affection propre qui survit à l'ablation de la cause première. Aussi, dans quelques cas, devra-t-on avoir recours secondairement à des méthodes plus radicales.

B. — Traitement radical du prurit.

En l'absence de toute lésion étiologique susceptible d'être guérie chirurgicalement, il reste cependant à la chirurgie la possibilité de s'attaquer au prurit, cette fois-ci directement. Il y a deux éléments dans la sensation de prurit : d'une part des tissus altérés, malades, qui constituent le point de départ de cette sensation, d'autre part, des éléments nerveux qui la transmettent. Aussi a-t-on pu imaginer toute une série d'interventions visant, soit à l'excision de la zone prurigène, soit à l'interruption des nerfs sensitifs en un point de leur parcours.

Avant d'en arriver à l'étude des interventions chirurgicales proprement dites, nous dirons quelques mots de procédés de petite chirurgie découlant du même principe.

I. — Petite chirurgie

1°) Passons rapidement sur un certain nombre de méthodes assez peu employées actuellement :

— la thermo-cautérisation (Unna, Brocq) ;

— les scarifications linéaires quadrillées, en cas de prurit lichénifié, suivies ou non de badigeonnage au

nitrate d'argent, douloureuses, nécessitant une anesthésie, de résultats incertains;

— le tatouage : CANTOR, de Londres, se déclare satisfait d'une variante de la scarification, réalisant un véritable tatouage local; il emploie pour cela un instruments comprenant huit à dix fines aiguilles animées de vibrations très rapides et pénétrant dans la peau à une profondeur de deux millimètres environ. On les trempe avant usage dans une mixture spéciale contenant du « cinnabar », dont nous n'avons pu trouver la composition exacte. Il suffit d'une anesthésie locale, le procédé est simple, rapide et ambulatoire et l'auteur déclare avoir eu, dans trente-deux cas de prurit anal pernicieux, des résultats des plus satisfaisants. Plus récemment, il a combiné le tatouage à la neurotomie, avec, dans vingt et un cas, d'excellents résultats, meilleurs lui semble-t-il, qu'avec l'un ou l'autre des deux procédés employé seul.

2°) Les injections de diverses substances au niveau de la zone prurigène nous retiendront davantage. Leur pratique est courante, leur technique simple.

SIÉBOURG avait montré, dès 1901, que ce n'est pas tant la qualité du liquide injecté, que sa quantité, qui importe : c'est à la distension des tissus, au décollement de la peau ou de la muqueuse des plans sous-jacents et vraisemblablement à l'élongation des terminaisons nerveuses, que le prurit céderait. C'est ainsi que divers auteurs préconisent l'injection de plus ou moins grandes quantités d'eau distillée, de sérum physiologique, voire d'oxygène.

Cependant, les techniques les plus usuelles s'adressent aux produits susceptibles, soit d'anesthésier, soit de scléroser et détruire, les terminaisons nerveuses :

— chlorhydrate de quinine et d'urée, de 0,25 % en solution aqueuse (VIGNES) ;

— quinine-uréthane;

— novocaïne à 1 %, 1 p. 200; TZANCK, BERGER et SIDI conseillent d'y associer l'autohémothérapie locale (novocaïne et sang en quantités égales);

— anesthésiques oléo-solubles;

— alcool : soit alcool à 40 %, 20 à 40 cm^3 chaque fois, suivant la technique de BUIE, soit à 95 % (STONE) : 5 à 8 cm^3; soit à 70 % (HASKELL et SMITH).

L'alcoolisation, qui paraît très en faveur outre-Atlantique et dont les résultats semblent intéressants, n'en présente pas moins d'assez sérieux inconvénients. Elle est très douloureuse et nécessite, soit une anesthésie locale, soit même une anesthésie épidurale préalables. Il faut la renouveler plusieurs fois. Elle peut donner lieu à des complications : abcès, relâchement du sphincter et surtout escarres; on a même cité quelques cas de nécrose du bas du rectum. C'est ainsi que R. LEIBOVICI a vu un énorme sphacèle avec gros abcès. Aussi nécessite-t-elle des soins consécutifs minutieux : garder la région propre et sèche, pratiquer des bains salés le lendemain, appliquer sur la peau une solution antiseptique pendant deux semaines. Au point que certains auteurs préfèrent garder leurs malades en surveillance, à l'hôpital, pendant une quinzaine de jours.

— Citons enfin les injections d'histamine, préconisées par André CAIN. Cet auteur emploie le bichlorhydrate d'histamine, en injections intradermiques en couronne, à raison de trois à six injections par séance, qu'il faut renouveler tous les jours jusqu'à disparition du prurit. Les démangeaisons cessent en général à peu près à la quatrième séance. CAIN a ainsi traité quatre-vingt quinze cas, avec sept échecs. Il a eu un certain nombre de récidives, précoces, en moins de deux mois.

Très employées depuis, les injections d'histamine ont connu, cependant, un grand nombre d'échecs.

II. — Interventions chirurgicales

Il existe un premier groupe d'interventions, qu'on a employées surtout en vue de la cure du prurit vulvaire et qui n'intéressent le prurit anal qu'assez accessoirement, seulement dans la mesure où il coexiste avec ce dernier. Leur étude entre plutôt dans le cadre du prurit vulvaire, qui déborde ce travail et nous ne nous y étendrons pas.

1°) Tout d'abord, la section de la branche périnéale du nerf honteux interne, comme l'ont pratiquée J. Quénu, Stoianovitch, Rochet, Albertin, Murard, Mauclaire, est une opération simple, qui peut être pratiquée à l'anesthésie locale. Mais ses résultats sont discutables; d'autre part, elle laisse souvent une anesthésie de la partie antérieure de la vulve et doit, de ce fait, être rejetée chez la femme jeune. Chez l'homme, de même, elle est susceptible d'entraîner quelques troubles de la copulation, par atteinte du nerf dorsal de la verge, ou de donner une anesthésie du gland, de la couronne et du filet. Ces complications ne sont pas faites pour améliorer l'état de psychasthénie habituel chez de tels malades. Enfin, on a pu noter quelquefois certains troubles sphinctériens.

2°) Les opérations sur le sympathique pelvien : résection du nerf présacré, surtout préconisées par Cotte, Leriche, ont été pratiquées par de nombreux autres auteurs : Cosasesco, Walthard, Moulonguet, Labey, Cottalorda, Gavaudan. Cotte y adjoint volontiers la sympathectomie hypogastrique péri-artérielle, ou l'isophénolisation des plexus péri-artériels. D'autre part, cette intervention a l'avantage de permettre une exploration soigneuse du petit bassin et de réaliser éventuellement du même coup le traitement des anomalies que l'on y rencontre, qui interviennent vraisemblablement dans la genèse du prurit.

Mais la résection du présacré est une opération assez

importante et ses résultats lui sont peut-être disproportionnés si l'on considère leur irrégularité : COTTE connaît dix-sept observations de résection du présacré pour prurit ano-vulvaire, il y a eu dix très bons résultats, quatre résultats incomplets et trois échecs. Soit au total, une assez forte proportion de déchets.

3°) Citons enfin et, seulement pour leur intérêt historique, des interventions rarissimes, comme la cordotomie pratiquée par SICARD et ROBINEAU en 1925, l'extirpation des ganglions des troisième et quatrième branches sacrées, de WINCKLER, l'une et l'autre paraissant des plus excessives, aujourd'hui où l'on peut attendre des résultats au moins aussi bons d'opérations beaucoup plus minimes.

Voyons maintenant les quelques interventions qui ne concernent que le prurit anal. Les unes, nous l'avons dit, visent à l'ablation totale de la zone prurigène, emportant à la fois la peau et les nerfs altérés, les autres s'attaquant simplement à la transmission nerveuse de la sensation de prurit. Parmi celles-ci, nous nous étendrons plus longuement sur l'opération de BALL, qui est celle qui nous semble présenter le plus d'intérêt et dont on a suivi la technique pour opérer les malades dont nous rapportons les observations ci-dessous.

A. — EXCISION.

Dès 1898, MATHEWS, de Louisville (U. S. A.), avait traité avec succès un cas de prurit anal par excision de la peau péri-anale; plus tard, HAMILTON, Frederick WALLIS, avaient repris la même technique.

Récemment, GARDNER proposait l'excision de trois lambeaux cutanés triangulaires, à sommet anal : sur trente-cinq cas, dont trente-deux suivis, il n'aurait obtenu que des succès, ceci sur des prurits datant de deux à douze ans.

De même, MANHEIM et DRUCKERMAN, en présence de trois cas de prurit anal extrêmement sévère et incoercible, ont réalisé une excision complète de tous les tissus malades, selon la technique suivante (qui n'est autre qu'une opération de Whitehead élargie) :

Après avoir doucement dilaté le sphincter, on circonscrit toute la zone prurigineuse par une incision circulaire, qui traverse toute la peau jusqu'à atteindre le tissu sous-cutané normal. Puis on entreprend la dissection dans le tissu cellulaire sous-cutané, jusqu'à la jonction cutanéo-muqueuse. On fend alors la peau ainsi disséquée, en avant et en arrière, pour en faciliter la section au niveau de la jonction muco-cutanée, qu'on réalise après avoir placé des clamps sur la muqueuse pour empêcher sa rétraction. Après une hémostase soigneuse, on place quatre points à la soie, en avant, en arrière et latéralement, pour amorcer la suture, puis on la complète à points séparés. Une compresse vaselinée est laissée dans le nouveau canal anal ainsi constitué et la zone opératoire est également recouverte d'un pansement gras.

Les auteurs obtiennent ainsi des résultats excellents : le prurit disparaît immédiatement et les trois malades, qui souffraient respectivement depuis dix mois, douze ans et quinze ans, ont été revus de quatre à vingt-deux mois après, sans la moindre récidive.

Cependant, les suites opératoires ne laissent pas de présenter quelques inconvénients. Tout d'abord, les sutures coupent, entre cinq à huit jours, entraînant une séparation de la peau et de la muqueuse et l'intervalle ainsi produit doit se combler secondairement par bourgeonnement et épidermisation. Il en résulte souvent une cicatrice disgracieuse. D'autre part, il s'est produit, en un cas, un léger rétrécissement du canal, qui a nécessité deux séances de dilatations et, en deux cas, une incontinence qui a duré près de deux semaines.

B. — Neurotomie : opération de Ball.

Le but que l'on recherche par l'anesthésie ou la sclérose des terminaisons nerveuses, au moyen de différentes injections locales, la chirurgie peut l'atteindre d'une façon radicale, en une seule fois, par la section complète de tous les filets sensitifs émanant de la zone prurigène. Tel est le principe de l'opération que décrivait Ball, de Dublin, pour la première fois, en 1905. A l'origine, par analogie avec la neurotomie rétro-gassérienne dans les névralgies du trijumeau, Ball avait envisagé de traiter de même les cas de prurit anal invétéré, par l'excision des racines postérieures et des ganglions des troisième et quatrième branches sacrées, dont dépend l'innervation sensitive de la zone anale et péri-anale. Néanmoins, comme il redoutait par là des troubles sphinctériens, il avait conçu l'intervention qui porte son nom, qui, tout en étant plus simple et sans danger, n'en est pas moins efficace. Il suffit tout simplement de réaliser, immédiatement dans le tissu cellulaire sous-cutané, la section de toutes les terminaisons nerveuses sensitives partant de la zone malade.

Nous emprutons, pour la plus grande part, à Lockart-Mummery la description de la technique de l'opération de Ball.

Le malade est préparé de façon à ce que le rectum soit vide, la région anale bien nettoyée.

En position de la taille périnéale, deux incisions sont faites de chaque côté de l'anus. Elles sont courbes à concavité interne et circonscrivent ainsi toute la peau péri-anale, ne ménageant que deux étroits ponts cutanés, l'un en avant, l'autre en arrière de l'anus. Les deux lambeaux sont alors rabattus, de dehors en dedans, par une dissection qui doit leur laisser adhérer la graisse sous-cutanée pour qu'ils soient bien nourris et ne se sphacèlent pas, en évitant d'endommager les muscles sous-jacents.

Une pince tient le lambeau déjà détaché et le chirurgien, l'index dans le rectum, travaille en disséquant sur son doigt. Il faut veiller soigneusement à ne pas faire de trou dans la peau, ce qui risquerait de donner des ennuis de cicatrisation.

Les deux lambeaux sont ainsi disséqués jusqu'à ce que le sphincter soit complètement exposé et, la dissection doit être menée dans le canal anal, jusqu'au-delà de la ligne muco-cutanée.

Il faut réaliser une hémostase parfaite, plutôt par coagulation sur pinces que par ligatures au catgut.

Une fois les deux lambeaux disséqués, on fait communiquer les deux côtés, en avant et en arrière de l'anus, en poussant la dissection en dessous des ponts cutanés antérieur et postérieur. Dans ces régions, on doit aussi exposer entièrement le sphincter.

Ceci fait, on dissèque également la peau de la lèvre externe des incisions, sur une largeur de un à deux centimètres.

A ce moment, la peau comprise entre les incisions ne tient plus que par la muqueuse et les deux ponts en avant et en arrière.

Les lambeaux sont alors suturés, après poudrage sulfamidé, à points séparés. Certains auteurs laissent un petit drain de chaque côté, il vaut mieux essayer d'éviter ceci et se contenter d'un drainage filiforme, ou même, quand on peut, refermer sans aucun drainage. Une mèche vaselinée est laissée dans le rectum, pour maintenir une légère pression sur la circonférence.

Les drains sont enlevés au bout de quarante-huit heures, tout en maintenant une pression ferme sur les lambeaux pendant plusieurs jours, car il est important d'éviter la formation d'un hématome.

Le malade est constipé cinq à six jours. Il faut une surveillance toute particulière de la zone opérée et des pansements minutieux, pour éviter l'infection. La possi-

bilité actuelle d'une large utilisation de la pénicilline, rend d'autre part de grands services en ce sens (200.000 unités par vingt-quatre heures, pendant deux ou trois jours). Il faut aussi combattre le suintement et la macération qui en résulteraient, soit par poudrage, soit en faisant de l'air chaud plusieurs fois par jour.

A partir de l'opération originale de BALL, on a créé un certain nombre de variantes.

LOCKART-MUMMERY laisse volontiers, de chaque côté de l'anus, au milieu de chacune des deux incisions, un pont cutané étroit destiné à prévenir la rétraction des lambeaux.

KROUZE, de Cincinnati, a préconisé la technique suivante : on pratique six à huit incisions en rayons, partant de l'anus et allant jusqu'à la périphérie de la zone malade. La peau est disséquée entre elles, puis suturée.

Cependant, la technique de BALL est préférée par la majorité des auteurs, car les incisions étant moins nombreuses et plus à distance de l'anus, le risque d'infection est bien moindre.

Enfin, LYNCH utilise deux petites incisions de part et d'autre de l'anus, par lesquelles, aux ciseaux mousses, on décolle de proche en proche les tissus avoisinants. Un drainage est laissé de douze à vingt-quatre heures. Il est bien évident que la technique de LYNCH, faite à l'aveugle à travers un jour insuffisant ne permet, la plupart du temps, de réaliser qu'une énervation incomplète.

Quelles sont les suites immédiates de l'opération de BALL ? Tout d'abord, le prurit est stoppé sur le champ. Le soir même de l'intervention, les malades ne sentent absolument plus aucune sensation anormale et peuvent dormir. Le corollaire de la disparition du prurit, c'est l'anesthésie complète de toute la zone comprise entre les incisions. Si le lendemain de l'opération, on explore la sensibilité de la zone malade, on doit trouver une

anesthésie totale. S'il en était autrement, on pourrait en déduire à coup sûr que l'opération a été incomplète et s'attendre à une récidive. Mais cette anesthésie n'est que passagère; elle reste totale seulement pendant dix à quatorze jours, après quoi la sensibilité revient rapidement pour être, soit quelquefois très légèrement engourdie, soit le plus souvent entièrement normale, au bout de trois à quatre semaines. Tout se passe comme s'il se reproduisait de nouvelles terminaisons nerveuses saines, à la place des premières dégénérées à la suite de l'intervention.

D'autre part, la peau de la région péri-anale redevient rapidement et entièrement normale : les lésions cutanées primitives, même lorsque la peau était épaissie et calleuse depuis des années, régressent très vite pour disparaître complètement au bout de quelques jours.

On n'observe jamais de complications sérieuses, il n'y a ni escarres ni troubles sphinctériens et il est bon d'insister sur ces avantages, car, nous l'avons vu, de tels ennuis ne sont pas très rares, soit au cours des injections, soit lors des opérations d'excision cutanée.

Quant aux résultats, tous les auteurs ayant quelque expérience de la technique de BALL, dont notre maître le Docteur R. LEIBOVICI, s'en déclarent extrêmement satisfaits. Et l'on peut dire, que, du point de vue immédiat tout au moins, il n'y a que deux sortes d'échecs possibles :

— soit que le prurit réapparaisse dans une zone dont les nerfs n'ont pas été sectionnés;

— soit que la section des nerfs n'ait pas été complète. Car, si l'opération de BALL n'est pas une opération difficile, elle n'en est pas moins des plus minutieuses. Tout en évitant de crever la peau et d'endommager sérieusement l'apport sanguin, il faut en effet couper tous les nerfs de la région, sans exception. Or,

un grand nombre des nerfs sensitifs passant par la marge de l'anus, descendent à travers les sphincters, parallèlement à l'intestin et juste en dessous de la muqueuse : on conçoit que si la dissection n'est pas extrêmement soignée, au niveau de cette zone délicate de la jonction cutanéo-muqueuse, un certain nombre d'entre eux peuvent être facilement omis.

Or un nombre nombre d'auteurs, — presque tous —, considèrent la chirurgie comme un simple pis-aller, à essayer seulement en désespoir de cause, assez dangereux et de résultats très incertains. Pour CAIN, « l'importance de ces interventions est disproportionnée aux suites aléatoires et aux résultats inconstants qu'elles procurent ». D'après Léon HUET, c'est un traitement d'exception à réserver aux formes extrêmes poussant au suicide. Pour CARTEAUD, ces méthodes de technique très délicate sont à employer seulement en tout dernier ressort. Citons encore ABEL : « Les procédés chirurgicaux sont seulement mentionnés pour les condamner, leurs résultats sont si peu satisfaisants qu'il vaut rarement la peine de les entreprendre ».

Nous avouons ne pas comprendre de telles exclusives, en ce qui concerne du moins l'opération de BALL.

Tout d'abord, pour ce qui est de l'intervention elle-même, quelles objections peut-on avancer ? S'agit-il d'une chirurgie dangereuse, pouvant donner lieu à des complications sévères ? Pas le moins du monde : pas d'escarres, pas de troubles sphinctériens, pas de retentissement génital, retour d'une sensibilité intégrale, hospitalisation courte, de huit à dix jours au maximum, cicatrice des plus discrètes, pratiquement invisible.

S'agit-il alors de la déficience des résultats ? L'expérience de nombreux chirurgiens, ainsi que les observations que nous rapportons, montrent clairement qu'ils sont dans l'ensemble excellents. LEIGHTON, RIDDOCH, LOCKART-MUMMERY, ont eu une très grande proportion

de succès complets et durables. Ce dernier, qui a opéré plus de cent cas, est très satisfait. Certes, il accuse des récidives, de l'ordre de 12 %, mais beaucoup d'entre elles surviennent plusieurs années après; certains malades d'ailleurs ont été tellement satisfaits du premier résultat qu'ils sont venus d'eux-mêmes solliciter à nouveau la même opération.

Cette proportion de récidives à la suite de l'opération de BALL est d'ailleurs relativement minime. Quelle est la méthode thérapeutique de cette affection, essentiellement rebelle et tenace, qui en compte moins ? D'autant qu'il ne faut pas oublier que la chirurgie s'adresse aux cas les plus graves, souvent très anciens, compliqués, et traités précédemment, sans succès, par de multiples moyens.

Restent à préciser les indications de la chirurgie. Il est évident, que, si encourageants que soient ses résultats, elles restent limitées à un petit nombre de cas. La grande majorité des cas de prurit anal peut guérir par des moyens simples. Après un examen minutieux et une enquête étiologique poussée, on instituera un traitement médical qui, bien souvent, doit avoir raison du prurit. Chez certains, il suffira de conseiller quelques soins d'hygiène, supprimer l'irritation vestimentaire, pour voir le prurit disparaître.

Dans des cas un peu plus rebelles, on adjoindra une des nombreuses préparations anesthésiques ou antiseptiques, en même temps qu'un traitement général approprié. Au besoin, quelques injections locales bien conduites, ou la radiothérapie, pourront compléter utilement le traitement.

Quels sont les cas qui relèvent du domaine de la chirurgie ?

En premier lieu, les formes rebelles à une thérapeutique médicale correctement appliquée. Si le prurit persiste, ou récidive, malgré ce traitement pratiqué un

temps suffisant, nous pensons qu'on ne peut plus rien attendre des moyens employés jusque-là, ou d'autres semblables. D'une part, il est vraisemblable qu'il se produit au niveau de la zone prurigène des modifications irréversibles, que seul l'acte chirurgical est susceptible de guérir; d'autre part, si le mal a été bien toléré pendant quelques mois, il devient dangereux de le laisser évoluer plus longtemps. En effet, il devient en général plus intense au fur et à mesure qu'il est plus ancien et le malade, confiant au début, commence à désespérer de sa guérison. Ce qui n'était au départ qu'un petit désagrément auquel il attachait à peine d'importance et qu'il espérait voir disparaître en quelques semaines, devient dès lors un sujet de constante préoccupation. C'est ainsi que l'on aboutit à cette fâcheuse répercussion psychique que l'on note si fréquemment chez les vieux pruritiques. Il faut aussi parler d'un aspect social du problème, qui n'est pas négligeable pour beaucoup de personnes : le traitement médical du prurit anal nécessite, et du temps, et de l'argent.

C'est pourquoi nous pensons qu'il faut, sans perdre de temps, sans s'obstiner, confier de tels malades au chirurgien. Nous disposons d'une intervention sans danger et à peu près toujours efficace. Pourquoi ne pas s'en servir sans délais, pour couper court à un mal pénible que la temporisation ne peut permettre que d'aggraver ?

D'autre part, nous pensons que l'on doit recourir à la chirurgie presque d'emblée, dans les formes de prurit anal essentiel. On sait que celles-ci sont particulièrement intenses, rebelles et récidivantes. Leur retentissement général et psychique est rapide et très marqué, et l'expérience montre que les traitements usuels ne peuvent amener qu'une sédation très passagère. Aussi pensons-nous qu'après une tentative de thérapeutique médicale de courte durée, quelques mois au

maximum, il y a lieu, en cas d'échec, de faire appel à la chirurgie.

En résumé, nous estimons qu'il faut réviser l'opinion classique sur la valeur et les indications de la chirurgie. L'opération de BALL est une arme excellente, capable de guérir les formes sévères de prurit anal résistant à toute autre méthode. Il faut l'employer, non pas à titre exceptionnel et très tardivement pour des cas de prurit anal extrêmement sévères, tenaces et qui n'ont plus d'autre solution, mais assez tôt pour prévenir l'évolution qui se fera à coup sûr vers de telles formes.

OBSERVATIONS

Voici les quelques observations qu'a bien voulu nous communiquer notre maître le Docteur R. LEIBOVICI. Remarquons que l'intervention de BALL semble très peu pratiquée chez nous : nous n'avons pu relever aucune autre observation dans la littérature française. On verra ici que l'on a pu, grâce à la technique de BALL, guérir d'une façon très satisfaisante et durable, plusieurs cas de prurit anal, tous très intenses, traités sans succès depuis plusieurs années par tous les moyens classiques.

OBSERVATION I

M. R. B... présente un prurit anal datant de plusieurs années. Celui-ci persiste malgré divers traitements, par autohémothérapie, puis par injections locales d'histamine. Des injections locales de novocaïne, la radiothérapie ne peuvent amender la guérison. Le malade, très fortuné, a consulté cependant tous les plus grands spécialistes parisiens.

Lorsqu'il vient consulter, son état général est mauvais, le malade est déprimé, obsédé, il pense au suicide.

La région anale présente les signes habituels d'une irritation chronique importante.

Le 23 décembre 1937, sous anesthésie épidurale, on pratique l'opération de Ball.

Le soir même, on peut constater que le prurit anal a complètement disparu. Cependant, il persiste un léger prurit scrotal,

qui est déjà très diminué ; aussi, le 22 janvier 1938, on fait une injection d'huile novocaïnée qui achève de le guérir.

Depuis, le malade est resté guéri, sans aucune récidive depuis plus de dix ans. L'anus a repris un aspect entièrement normal, la cicatrice est à peine visible.

OBSERVATION II

Mme S..., quarante-huit ans. Souffre depuis dix ans d'un prurit anal surtout intense depuis deux ans. Traitée d'abord médicalement, a obtenu une amélioration, mais toujours passagère. Le prurit récidivait au bout d'un délai plus ou moins long.

Elle est vue une première fois avec une eczématisation importante de la région anale, et on l'adresse au dermatologiste, dont le traitement amende les phénomènes aigus.

Au deuxième examen, l'eczéma est calmé, il ne reste que de nombreuses lésions de grattage, la peau est épaissie, avec des plis radiés très creusés, de l'œdème. On note la présence d'une petite hémorroïde.

Le 4 février 1946, on pratique, sous anesthésie générale, l'opération de Ball. Le prurit est arrêté immédiatement, les lésions cutanées ont disparu en quelques jours.

La malade a été revue en juin 1947, puis au début de 1948, l'anus est entièrement cicatrisé, d'aspect normal. La cicatrice est à peine visible, la malade ne ressent plus aucune démangeaison, et déclare que sa vie est transformée depuis l'opération. Il n'y a aucune modification de la sensibilité génitale.

OBSERVATION III

M. C..., présente un prurit anal évoluant depuis longtemps. Il se complique de lésions infectieuses gênantes, pour lesquelles on commence par faire un traitement médical en vue d'apaiser la poussée aiguë que présente le malade. Il existe d'importantes lésions de grattage avec un aspect verruqueux et fissuraire, pachydermique, de la marge de l'anus.

Le 18 novembre 1946, sous anesthésie générale, on pratique l'opération de Ball.

Le 10 décembre 1946, on fait une injection de novocaïne, puis d'alcool, pur traiter une petite zone prurigineuse sur le raphé ano-scrotal.

Bon résultat : le prurit ne s'est plus manifesté.

OBSERVATION IV

M. A..., vingt-neuf ans. Vient consulter pour un prurit anal intense. C'est un constipé chronique, son état général est excellent, mais son psychisme très affecté par la maladie.

A l'examen, on note des rhagades, des fissures, des sillons au niveau de la marge de l'anus, ainsi que quelques proliférations condylomateuses. Il n'y a pas eu de traitement médical suivi, mais devant l'intensité du prurit, et l'état de nervosisme et d'inquiétude du malade, on conseille l'opération.

Le 12 mars 1947, sous anesthésie générale, intervention de Ball.

Le prurit disparaît le jour même. Les lésions locales s'amendent progressivement, jusqu'à disparaître en une dizaine de jours.

Le malade a été revu tout récemment, le résultat se maintient intégralement.

OBSERVATION V

M. S..., quarante-neuf ans. Le prurit dure depuis quatre à cinq ans. Traité par de nombreux moyens : injections sclérosantes, injections de novocaïne, d'histamine, pommades et solutions diverses, qui n'ont donné qu'une amélioration très passagère.

Le B. W. est négatif, la glycémie à 1 gr. 12, l'urée sanguine à 0 gr. 37.

La région anale présente les caractéristiques d'une dermatose ancienne. On note en outre, quelques petites hémorroïdes.

Depuis quelques mois, les crises de prurit sont intolérables, rebelles à tout traitement. Le malade, chauffeur de taxi, ne peut plus travailler, il souffre affreusement, et menace de recourir au pire si'l n'est pas soulagé.

Le 18 juin 1947, sous anesthésie générale, opération de Ball.

Soulagement immédiat, rétrocession des lésions cutanées.

Revu trois mois après, prurit entièrement guéri, sauf au niveau d'une toute petite plage rétro-scrotale, où il se manifeste d'ailleurs d'une manière très atténuée.

Revu de nouveau au début de 1948 : la guérison est complète.

CONCLUSIONS

1°. — Le prurit anal, mal polymorphe dans ses manifestations cliniques, de causes très diverses, souvent imprécises et parfois inconnues, relève d'une thérapeutique des plus variables, étiologique quand c'est possible, bien plus souvent empirique et symptomatique.

2°. — Le traitement médical conserve la plus large place dans l'arsenal thérapeutique. Convenablement choisi et excécuté, il peut guérir un grand nombre de cas.

3°. — Mais, lorsqu'il est démontré que, malgré une expérience suffisamment longue, le traitement médical ne peut plus rien, ou lorsqu'on a affaire à des formes d'emblée très intenses, réagissant sur l'état général et le psychisme des malades, il faut avoir recours à la chirurgie. L'opinion classique, qui conseille d'y recourir seulement à la dernière extrémité, nous paraît devoir être révisée.

4°. — Parmi les différentes techniques chirurgicales, la plus satisfaisante nous paraît être l'opération de BALL.

a) Elle est sans danger, ne présente pas de complications graves. Il n'y a pas de troubles sphinctériens, la sensibilité cutanée redevient entièrement normale, l'immobilisation du malade est courte, la cicatrice discrète.

b) Ses résultats sont très encourageants : le prurit est stoppé aussitôt et de façon durable. Elle soulage des malades souffrant d'une manière très pénible, désespérés de tous les traitements inopérants pratiqués les uns après les autres. Ses récidives, dont la proportion est faible, ne doivent pas faire oublier qu'elle reste à peu près la seule méthode efficace là où toutes les autres ont échoué.

Compte tenu de sa bénignité et de ses résultats, nous pensons qu'il faut faire une place plus importante à l'opération de BALL, parmi les moyens thérapeutiques dont nous disposons dans la lutte contre le prurit anal.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de thèse :
MOULONGUET

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

ABEL. — Pruritus ani. (*British Medical Journal.*, 25 mars 1939).

BALL. — Pruritus ani. (*Brit. Med. Journal*, 21 janvier 1905).

BASSLER (A.), CONNORS (R.-J.). — Pruritus ani. (*Medical Journal and Record.*, 6 septembre 1933).

CANI (A.), BENSAUDE (Al.) et GRUPPER (Ch.). — Archives des maladies de l'appareil digestif 1937 ; le traitement du prurit anal par les injections intradermiques d'histamine.

CAIN (A.). — Traitement du prurit anal par les injections intradermiques d'ihistamine. (*Presse Médicale*, 3 novembre 1937).

CANTOR (A.-J.). — Pruritus ani. (*The Lancet*, Londres, 27 mai 1944).

CARTEAUD (A.), P. M. C. — Prurits.

CASKEY (C.-R.). — Pruritus ani. (*California and Western Medicine*, janvier 1939).

CASTELLANI. — Further observations on pruritus ani and pruritus vulvae of mycotic origine. (*Brit. Med. Journal*, décembre 1923).

CHAPUIS (Paul). — Contribution à l'étude du prurit ano-vulvaire. (*Thèse*, Paris 1934).

CHEVALLIER (P.), MOUTIER (F.), STEWART, SEVAUX et VEY. — Etudes sur le prurigo leucodermique. (*Bulletin de la Société Française de Dermato-syphiligraphie*, novembre 1934).

COTTE (G.). — Sur le traitement chirurgical du prurit vulvaire ou ano-génital rebelle. (*Gynécologie et Obstétrique*, janvier 1936).

— Traitement chirurgical du prurit vulvaire. (*Gynécologie et Obstétrique*, septembre 1937).

— Deux cas de prurit vulvaire traités par la résection du présacré. (*Journal de Chirurgie*, février 1935).

COTTE (G.) et GATE (J.). — Trois cas de prurit ano-génital rebelle traités chirurgicalement. (*Bulletin Soc. Française de Dermato. et Syph.*, juillet 1935).

COTTE (G.). — Traitement chirurgical du prurit vulvaire. (La *Gynécologie*, avril 1938).

CUTCHAN (G.-R.). — Pruritus ani. (*American Journal of Digestive diseases*, mai 1945).

DANIS (J.-T.). — Pruritus ani. (*Canadian Med. Assoc. Journal*, mars 1938).

DAVID (P.). — La fréquence actuelle des prurits ano-génitaux. (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 9 juillet et 20 août 1944).

GARDNER (C.). — *In* Annales de dermato-syphiligraphie, mai 1947).

GATE (J.), CHEVALLIER (R.), GUILLERET (P.). — Prurit anal avec leucodermie : guérison par le traitement ferrugineux. (*Bulletin Soc. Fr. Dermato-Syphiligraphie*, février 1936).

GOLDMANN (C.), LIEBMAN (W.). — Pruritus ani clinical considerations. (*Med. Times and Long Island Med. Journal*, septembre 1933).

GOUGEROT. — Dermatologie.

HEBERLAND (H.-F.-O.). — Le traitement chirurgical des eczémas chroniques et du prurit anal. (*Arch. Klin. Chir.*, 24 juillet 1937).

HERSCOVICI. — Contribution à l'étude du traitement et en particulier du traitement chirurgical des prurits ano-génitaux. (*Thèse*, Nancy 1935).

HOLEHAN (W.-H.). — Pruritus ani. (*Journal of the Tennessee State Medical Assocation, in Ars Medici*, 15 mai 1947).

HUET (J.-A.). — Contribution à l'étude du prurit anal. (*Thèse*, Paris 1925).

HUET (Léon). — Nouvelle pratique dermatologique.

LEIBOVICI (R.) et LICHNEWSKY (R.). — Le traitement chirurgical du prurit anal. (*Le Médecin Français*, 10-25 août 1947).

LEIGHTON. — Pruritus ani. (*Brit. Med. Journal*, 19 février 1910).

LOCKART MUMMERY. — Diseases of the rectum and colon.

— Causes and treatment of severe pruritus ani. (*Brit. Med. Journal*, 21 août 1915).

LORTAT JACOB et DEGOS. — Dermatologie.

LYNCH. — (*Medical Record*, 1914).

MANHEIM (S.-D.) et DRUCKERMAN (L.-J.). — Radical treatment of intractable pruritus. (*Surgery, Gynecol., Obst., octobre* 1938).

MARIN (A.). — Radiothérapie locale du prurit ano-génital. (*La Presse Médicale*, 3 mai 1933).

MARTIN (E.-G.). — Pruritus ani. (*Amer. Journal of Surgery*, décembre 1940).

NETHERTON (E.-W.). — Pruritus ani. (*South. Clin. North America*, octobre 1937).

RIDDOCH. — Pruritus ani. (*The Lancet*, 17 avril 1937).

SCARBOUROUGH (R.-A.). — Pruritus ani etiology and treatment. (*Annals of Surgery*, décembre 1933).

SWINTON (N.-W.). — Pruritus ani. (*South. Clin. North America*, Juin 1937).

— Pruritus ani. (*New-England Journ. Medicine*, 1947).

TERRELL (E.-H et R.-V.). — Pruritus ani. (*South./ Med. Journal*, août 1938).

TZANCK (A.), BERGER (O.), SIDI. — Traitement des prurits localisés et des eczémas circonscrits par les injections locales de novocaïne et l'autohémothérapie. (*Soc. Derm. Syph.*, 14 décembre 1933).

VAYSSIERE. — *Gynécologie et Obstétrique*, septembre 1937).

X... — Gazette des Hôpitaux, 28 août 1937).

R. FOULON, Imprimeur, 29, Rue Deparcieux, PARIS (14e).